**گواهی می شود:**

 **آقای/خانم دکتر ........... فرزند ............. دارای شماره شناسنامه:........... متولد ../../..13 دانشجوی رشته: ......... مقطع: تخصص شماره دانشجویی ............ کد ملی: .............. ، از مورخه ../../.. در این دانشگاه شروع به کار نموده است. این گواهی بنا به درخواست نامبرده جهت ارائه به : « » صادر گردیده است و ارزش قانونی دیگر از جمله ترجمه و استخدامی را ندارد.**

**دکتر ایـوب پزشکی**

**رئیس دانشکده پزشکی**

#signature#